

Concept and Challenges of Delivering Preventive and Care Services in Prehospital Emergency Medical Service: A Qualitative Study

Maryam Eri¹,
Nahid Jafari²,
Mohammad javad Kabir²,
Gholamreza Mahmoodishan³,
Mohammad javad Moghassemi⁴,
Mansour Tahanian⁵,
Ali Mohajervatan⁶,
Alireza Heidari⁷

¹ MSc in Health care Management, Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

² Assistant Professor, Health Management and Social Development Research Center, Department of Community Medicine, Faculty of Medicine, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

³ Assistant Professor, Health Management and Social Development Research Center, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

⁴ General Practitioner, Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

⁵ MSc Student in Nursing, Disaster and Emergency Management Center, Faculty of Nursing and Midwifery, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

⁶ MSc Student in Disaster Management, Disaster and Emergency Management Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran and Faculty of management and economics, Shahid Bahonar University of Kerman, Kerman, Iran

⁷ PhD Candidate in Health Policy, Faculty of Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

(Received March 8, 2015 ; Accepted June 29, 2015)

Abstract

Background and purpose: Prehospital emergency medical service (EMS) is an important part of the health care system. Today, the need for integrated emergency care services and delivering qualified preventive and care services felt more than before in accidents and emergencies. This survey aimed to investigate the views of emergency medical personnel on the concept and nature of preventive and care services and current challenges in delivering these services in prehospital EMS centers in Golestan province, Iran.

Materials and methods: A qualitative study was done with 16 emergency medical personnel working in EMS sites in Golestan province using purposeful sampling. Data was collected by semi-structured interview guide and framework analysis was implemented to analyze the data.

Results: Two general themes were identified including 1) the concept of preventive and care services in the EMS and 2) the challenges in providing qualified services in the EMS sites in Golestan province. Also, five sub-themes and 12 subclasses were determined.

Conclusion: To enhance and promote services, the EMS system of Golestan province need reforms in organizational structure, laws and administrative regulations, training programs, the system of monitoring and evaluation of personnel, also provision of equipment and manpower and provision of personnel amenities to improve the staff performance. Furthermore, it is necessary to boost emergency services at the community level through training people and enhancing collaboration and participation with other organizations.

Keywords: Preventive and care services, emergency medical technician, emergency medical personnel, prehospital emergency medical services

تبیین مفهوم و چالش‌های ارائه خدمات پیشگیری و مراقبتی در اورژانس پیش بیمارستانی: یک مطالعه کیفی

مریم ایری^۱
 ناهید جعفری^۲
 محمدجواد کبیر^۲
 غلامرضا محمودی شن^۳
 محمدجواد مقسمی^۴
 منصور طحانیان^۵
 علی مهاجروطن^۶
 علیرضا حیدری^۷

چکیده

سابقه و هدف: خدمات اورژانس پیش بیمارستانی بخش مهمی از سیستم ارائه خدمات سلامت است. امروزه نیاز به خدمات یکپارچه و سازماندهی شده اورژانس و ارائه خدمات پیشگیری و مراقبتی با کیفیت در سیستم اورژانس پیش بیمارستانی بیش از پیش احساس می‌شود. هدف از انجام این مطالعه، تبیین دیدگاه پرسنل فوریت‌های پزشکی در خصوص مفهوم و ماهیت خدمات پیشگیری و مراقبتی و شناسایی چالش‌های موجود در ارائه این خدمات در پایگاه‌های اورژانس پیش بیمارستانی استان گلستان است. **مواد و روش‌ها:** این مطالعه به صورت کیفی در سال ۱۳۹۲ و از طریق انجام مصاحبه نیمه ساختاریافته با ۱۶ نفر از تکنسین فوریت‌های پزشکی در پایگاه‌های اورژانس پیش بیمارستانی استان گلستان به صورت نمونه‌گیری هدفمند انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها راهنمای مصاحبه نیمه ساختاریافته بود. جهت تحلیل داده‌ها از روش تحلیل چارچوب استفاده شد. **یافته‌ها:** در مجموع، ۲ موضوع کلی (تم) با عنوان ۱) مفهوم و محدوده خدمات پیشگیری و مراقبتی در اورژانس پیش بیمارستانی؛ ۲) چالش‌های موجود در ارائه خدمات مطلوب در پایگاه‌های اورژانس پیش بیمارستانی استان گلستان شناسایی شد. هم‌چنین ۵ زیر موضوع و ۱۲ مورد به عنوان زیرطبقات شناسایی گردید.

استنتاج: جهت ارتقاء کیفیت خدمات، اورژانس پیش بیمارستانی گلستان نیازمند اصلاح ساختار سازمانی، اصلاح قوانین و مقررات اداری، بازنگری در برنامه‌های آموزشی، تامین امکانات و تجهیزات و نیروی انسانی مورد نیاز، اصلاح نظام پایش و ارزشیابی کارکنان و نیز تامین امکانات رفاهی پرسنل می‌باشد. هم‌چنین باید از طریق آموزش به مردم و همکاری و مشارکت سایر سازمان‌ها در جهت ارتقاء خدمات اورژانس پیش بیمارستانی در سطح جامعه گام برداشت.

واژه‌های کلیدی: خدمات پیشگیری و مراقبتی، تکنسین فوریت‌های پزشکی، پرسنل فوریت‌های پزشکی اورژانس پیش بیمارستانی

مقدمه

هر ساله تقریباً ۵ میلیون نفر در جهان بر اثر آسیب ناشی از حوادث ترافیکی، خشونت، سوختگی، سقوط، غرق‌شدگی و غیره، جان خود را از دست می‌دهند. علاوه بر این، میلیون‌ها نفر نیز دچار معلولیت و ناتوانی

مؤلف مسئول: مریم ایری- گرگان: کوی گلها، انتهای گلبرگ یکم، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی E-mail: maryameeri@yahoo.com

۱. کارشناس ارشد رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران
۲. استادیار، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران
۳. استادیار، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران
۴. پزشک عمومی، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران
۵. دانشجوی کارشناس ارشد پرستاری، مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران
۶. دانشجوی کارشناس ارشد مدیریت بحران، مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران و دانشکده مدیریت و اقتصاد، دانشگاه شهید باهنر کرمان، کرمان، ایران
۷. دانشجوی دکتری تخصصی سیاست‌گذاری سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۲/۱۷ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۳/۱۲/۱۸ تاریخ تصویب: ۱۳۹۴/۴/۸

می‌شوند و هزینه‌های سنگینی بر فرد، خانواده و جامعه او تحمیل می‌شود. میزان آسیب ناشی از حوادث در کشورهای در حال توسعه به مراتب بیش‌تر است (۱). در ایران میزان بروز مرگ در اثر آسیب‌های ناشی از سوانح و حوادث حدود ۶۲ در صد هزار نفر می‌باشد (۲). خدمات اورژانس پیش بیمارستانی بخش مهمی از سیستم ارائه خدمات سلامت است (۳). مراقبت‌های اورژانس نقش مهمی در کاهش معلولیت و مرگ و میر قابل پیشگیری در کشورهای با درآمد کم و متوسط دارد (۴-۷). این در صورتی است که مراقبت‌های اورژانس به خوبی برنامه‌ریزی شده و در تمام سطوح از آن حمایت شود (۴). بار مرگ و میر و معلولیت ناشی از فقدان مراقبت‌های مناسب اورژانس در کشورهای با درآمد کم و متوسط بسیار بالاست (۸). نتایج یک مطالعه در مورد بیماران اورژانسی نشان می‌دهد که بیش‌ترین خطاها در موارد قابل پیشگیری شامل تاخیر در مراقبت‌های اولیه، عدم مراقبت کافی در انتقال بیمار و ارتباطات نامناسب بوده است (۹). در برخی کشورها از پرسنل پیراپزشک و آمبولانس تنها برای انتقال بیماران به مراکز درمانی استفاده می‌شود و هیچ نوع اقدام درمانی تا زمان رسیدن آن‌ها به مراکز درمانی انجام نمی‌گیرد (۱۰، ۱۱). نتایج مطالعه‌ای در کشور نشان می‌دهد که خدمات اورژانس پیش بیمارستانی در ایران بیش‌تر مبتنی بر سیستم مراقبت حیاتی پایه بوده (۱۲) و هنوز تا رسیدن به یک حد استاندارد فاصله داشته و نیاز به بهبود خدمات وجود دارد (۱۶-۱۲). در سال‌های اخیر رویکردها نسبت به سیستم‌های اورژانس پیش بیمارستانی تغییر کرده، به گونه‌ای که سازمان جهانی بهداشت، سیستم‌های اورژانس پیش بیمارستانی را یکی از اجزای جدایی‌ناپذیر هر نظام مراقبت سلامت اثربخش و کارآمد می‌داند (۱۷). به دلیل تغییر نیازهای سلامت که منجر به تقاضای بیش‌تر برای خدمات پزشکی اورژانس شده، کشورهای در حال توسعه نیاز به خدمات یکپارچه و سازماندهی شده اورژانس پیش بیمارستانی را بیش از پیش حس کرده‌اند و به دنبال توسعه و نوسازی

سیستم‌های خود هستند (۱۸، ۱۹). امروزه اعتقاد بر این است که سیستم اورژانس پیش بیمارستانی باید علاوه بر ارائه مراقبت، وظایف دیگری نیز در راستای ارتقای سلامت انجام دهد که حرکت به سمت خدمات پیشگیری از جمله آن‌ها است (۷). با توجه به رویکرد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور جهت یکپارچه سازی خدمات پیشگیری و مراقبتی در حوادث و فوریت‌های پزشکی، همگام با استراتژی‌های سازمان جهانی بهداشت (۱۹)، سوال اصلی این است که ارائه‌دهندگان اصلی خدمات در اورژانس پیش بیمارستانی چه دیدگاهی در ارتباط با مفهوم و وظایف خود در زمینه خدمات پیشگیری و مراقبتی دارند و تا چه حد معتقد به مشارکت در برنامه‌های پیشگیری از حوادث که به عنوان جزئی از برنامه‌های یکپارچه‌سازی خدمات است، می‌باشند و از نظر آن‌ها چه چالش‌هایی در زمینه ارتقاء خدمات پیشگیری و مراقبتی در سطح اورژانس پیش بیمارستانی وجود دارد تا با توجه به آن بتوان چالش‌ها و نقاط بالقوه سیستم را جهت انجام اصلاحات و یکپارچه سازی خدمات مشخص نمود. پرسنل فوریت‌های پزشکی به سبب درگیری بیش‌تر با کار اجرایی، یکی از گروه‌هایی هستند که بیش‌ترین اطلاعات را در این زمینه دارند. از سویی طبق بررسی‌های انجام شده توسط محققین، مطالعه‌ای در داخل کشور با تمرکز خاص بر مفهوم و ضرورت انجام خدمات پیشگیری اولیه توسط اورژانس پیش بیمارستانی، به خصوص در استان گلستان انجام نشده است. با توجه به این که مطالعه کیفی با غنا و کنکاش، امکان درک عمیق مفاهیم و پدیده‌ها را به وجود می‌آورد (۲۰) که از طریق تحقیقات کمی دستیابی و تحلیل چنین اطلاعاتی ممکن نمی‌باشد؛ لذا هدف از انجام این پژوهش، تبیین مفهوم و ماهیت خدمات پیشگیری و مراقبتی و شناسایی چالش‌های موجود در ارائه این خدمات در بستر پایگاه‌های اورژانس پیش بیمارستانی استان گلستان از دیدگاه پرسنل فوریت‌های پزشکی با استفاده از رویکرد کیفی می‌باشد.

مواد و روش ها

این مطالعه به روش کیفی و با استفاده از روش چارچوب (framework method) در سال ۱۳۹۲ انجام شد. مطالعات کیفی با رویکردهای مختلفی هم چون انسان شناسی، فنومنولوژی یا پدیده شناسی، گراند تئوری و غیره انجام می شوند، اما روش چارچوب هم ردیف با رویکرد معرفت شناختی، فلسفی یا تئوریک خاصی قرار نمی گیرد (۲۱). بلکه روش منعطفی است که می تواند برای گستره متنوعی از روش های کیفی جمع آوری داده با اهداف مختلف، به کار برده شود (۲۲). روش چارچوب در سال های اخیر به عنوان شیوه ای نظام مند و معتبر از سوی پژوهشگران حوزه سلامت به کار می رود (۲۰). این روش در گروه گسترده ای از روش های تحلیل که اغلب با عنوان تحلیل موضوعی (thematic analysis) یا تحلیل محتوای کیفی (qualitative content analysis) نامیده می شوند قرار می گیرد (۲۱). در این مطالعه جهت نمونه گیری، از نمونه گیری مبتنی بر هدف استفاده شد و مصاحبه ها به صورت نیمه ساختار یافته طراحی گردید. به دلیل اهمیت سابقه کاری در میزان تجربیات افراد، معیار ورود افراد به این مطالعه داشتن سابقه کاری بیش از دو سال در زمان انجام پژوهش و اشتغال در پایگاه اورژانس پیش بیمارستانی بود. بنابراین افراد با سابقه کاری کم تر از دو سال و کارکنان ستادی از مطالعه حذف شدند. همچنین سعی شد از افراد با سابقه کاری متفاوت دعوت به مصاحبه شود تا غنی ترین داده ها در مورد موضوع پژوهش به دست آید. در این مطالعه با انجام ۱۰ مصاحبه فردی رو در رو و یک مصاحبه گروهی ۶ نفره، جمعاً تعداد نمونه ها به ۱۶ نفر رسید. پس از انجام مصاحبه گروهی اول اشباع کامل داده ها حاصل شد و نیازی به انجام مصاحبه های بعدی نبود. جهت کسب بیش ترین تنوع در نمونه ها، به دلیل تفاوت موقعیت های شهرستان های مختلف استان از نظر شرایط جغرافیایی، فرهنگی، اجتماعی و امکانات سعی شد تا نمونه گیری از تمامی ۱۴

شهرستان استان شامل علی آباد، رامیان، آزادشهر، کردکوی و یساقی، بندرگز و نوکنده، مینودشت، کلاله، گالیکش و مراوه تپه انجام شده و در هر کدام از شهرستان های گرگان و گنبد به دلیل بزرگ بودن آن ها، با دو نفر از پرسنل فوریت های پزشکی مصاحبه به عمل آمد. تمامی افراد برای شرکت در مطالعه موافقت نمودند. ابزار گردآوری داده ها در این مطالعه راهنمای مصاحبه نیمه ساختار یافته مشتمل بر ۴ سوال کلی بود که روایی آن به تایید چند نفر از متخصصان در زمینه مطالعات کیفی و صاحب نظران در امر حوادث و فوریت های پزشکی رسید. در طول انجام مصاحبه ها و انجام تحلیل های مقدماتی، فرم بیان سوالات تغییرات اندکی داشت.

روش گردآوری داده ها در این پژوهش انجام مصاحبه فردی به صورت رو در رو و مصاحبه گروهی متمرکز بود. جهت انجام مصاحبه های فردی پس از مشورت با افراد صاحب نظر و تعیین نمونه های پژوهش بر اساس فاکتورهای مطلع بودن، سابقه کاری بیش از دو سال و انجام وظیفه در پایگاه، پس از تماس تلفنی با افراد مورد نظر و بیان اهداف مطالعه از افراد جهت انجام مصاحبه اجازه گرفته شد. مصاحبه های فردی بسته به هر مصاحبه کننده ۳۰ تا ۴۵ دقیقه به طول انجامید. هر یک از مصاحبه ها با کسب رضایت شخصی از افراد ضبط شد. مصاحبه گر ابتدا با طرح سوالات کلی مانند مفهوم خدمات پیشگیری و مراقبتی در حوادث و فوریت ها، دید کلی پرسنل فوریت های پزشکی را به دست آورده و سپس از مصاحبه کننده خواسته می شد که در مورد مشکلات و راهکارهای ارتقاء خدمات توضیح دهد. مصاحبه های فردی در مکانی آرام و بدون سروصدا انجام شد تا اختلالی در طول فرآیند مصاحبه صورت نگیرد. پیش از انجام مصاحبه گروهی تحلیل مقدماتی داده ها انجام گردید و براساس نیاز اطلاعاتی، یک مصاحبه گروهی ترتیب داده شد. طول مدت مصاحبه گروهی ۲ ساعت بود. جوی ایجاد شد تا همه افراد حاضر در جلسه، نظرات خود را در قالب سوالات نیمه ساختار یافته

بیان نمایند. کسانی که هدایت جلسه را به عهده داشتند، سعی نمودند در طول مصاحبه، نظر خاصی را بر افراد تحمیل نکنند و از قضاوت کردن پرهیز نمایند. در حین جلسه نیز به مواردی هم چون کنترل زمان برای هر کدام از سوالات و ریتم بحث، دقت به ارتباطات غیر کلامی توجه گردید. هم چنین با کسب اجازه از افراد شرکت کننده در جلسه، صدای آن‌ها ضبط شد. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل چارچوب (framework analysis) و بر مبنای ایجاد ساختار مفهومی تحلیل گردید.

روش تحلیل چارچوب مشتمل بر ۵ مرحله آشنایی، شناسایی چارچوب موضوعی، نمایه سازی، ترسیم جدول، و تفسیر (۲۰، ۲۲) می‌باشد. این روش شامل چندین مرحله متمایز و بسیار به هم پیوسته (۲۲)، واضح و منظم (۲۰) است، که با پیگیری یک رویه کاری درست تعریف شده، امکان توجه و کار مجدد روی ایده‌ها را به وجود می‌آورد (۲۲). در این مطالعه ابتدا مصاحبه‌های ضبط شده پیاده‌سازی شد (۲۰) و جهت اطمینان از برداشت یکسان از گفته‌های مصاحبه شوندگان، متن‌های پیاده سازی شده جهت تأیید به آن‌ها عودت داده شد (۲۳). پس از پیاده سازی مصاحبه‌ها و خواندن متن‌های پیاده شده و گوش دادن مجدد مصاحبه‌های ضبط شده، مرحله آشنایی با داده‌ها صورت گرفت. پس از این مرحله، متن‌های پیاده‌سازی شده کدگذاری و خلاصه بندی شدند. پس از کدگذاری مصاحبه‌های اولیه و قرار دادن کدهای مشابه در طبقات، چارچوب موضوعی اولیه (۲۱) شکل گرفت. متن نسخه‌برداری شده با استفاده از کدهای مرتبط با تم‌ها و زیرتم‌های چارچوب مفهومی، نمایه‌سازی (۲۰) شد. در جایی که مناسب بود، بخشی از داده‌ها با یک یا چند کد، کدگذاری گردیدند. چارچوب موضوعی تدوین شده، از طریق تکرار فرآیند آشنایی بر اساس مصاحبه‌های صورت گرفته و جلسات میان پژوهشگران و مصاحبه‌گران مورد بازنگری قرار گرفت. تم‌ها و زیرتم‌های استخراج شده در طول فرآیند تحلیل، بارها مورد تجدید نظر قرار گرفت (۲۴). به منظور

مشاهده کلیه داده‌ها به صورت طبقه‌بندی شده جدولی تنظیم گردید (۲۱) که ردیف هر جدول تعیین‌گر یک مصاحبه‌شونده با کد مناسب و ستون‌های جدول نیز بیانگر تم‌ها و زیرتم‌ها بود. به منظور تحلیل نهایی، جداول به گونه‌ای در کنار هم قرار داده شد که امکان مقایسه دیدگاه‌های بیان شده توسط یک مصاحبه‌شونده در غالب تم‌ها و زیرتم‌ها (با نگاه به ستون‌ها) و مقایسه دیدگاه مصاحبه‌شوندگان مختلف برای هر تم (با نگاه به ردیف‌ها) امکان‌پذیر شود. در این مرحله مفاهیم، تضادها، نظریه‌ها و تجربیات موجود با هم مقایسه و الگوها و روابط موردنظر استخراج شد (۲۴). جهت اطمینان از دقت علمی و روایی داده‌ها از معیارهای اعتبار، قابلیت انتقال (تعمیم‌پذیری)، اطمینان‌پذیری (اعتماد) و تاییدپذیری استفاده گردید (۲۳). جهت اطمینان از اعتبار داده‌ها، برای جمع‌آوری داده‌ها زمان کافی تخصیص یافت و موضوع مدنظر از زوایای مختلف بررسی شد. هم چنین از نظرات تکمیلی همکاران کمک گرفته شد. به منظور اطمینان از اعتماد و تاییدپذیری، کلیه مراحل تحلیل داده‌ها ثبت گردید. جهت تأیید پذیری دست نوشته‌های مطالعه به پژوهشگر دیگری از همکاران طرح و هم چنین یک ناظر خارجی که ارتباطی با پژوهش نداشت، داده شد و یافته‌های استخراج شده با یافته‌های آن‌ها مقایسه گردید. به منظور اطمینان از برداشت یکسان از داده‌های گردآوری شده، نتایج تحلیل چندین بار میان مصاحبه‌گران به بحث گذارده شد و در نهایت ۳ موضوع کلی، ۸ زیرموضوع و ۳۱ آتم شناسایی گردید که با مرور اطلاعات و یافته‌ها به ۲ موضوع کلی (theme)، ۵ زیرموضوع (sub-theme) و ۱۲ مورد (items) تقلیل یافت.

یافته‌ها

جدول شماره ۱ مشخصات کلی افراد مورد مطالعه را نشان می‌دهد. پس از تحلیل اطلاعات گردآوری شده به طور کلی ۲ موضوع کلی (Themes) و ۵ زیرموضوع (Sub-Themes) و ۱۲ مورد (Items) شناسایی شد (جدول

شماره ۲). به جای استفاده از نام افراد از کد آن‌ها به صورت EMT (Emergency medical technician) استفاده شده است.

جدول شماره ۱: مشخصات کلی افراد مورد مطالعه

ردیف	رشته	تعداد	سابقه کاری
۱	کارشناس پرستاری	۱۰ نفر	۵-۱۶ سال
۲	کاردان و کارشناس هوشبری	۲ نفر	۴.۵ و ۹ سال
۳	کاردان مدیریت امداد و سوانح	۱ نفر	۶ سال
۴	کاردان فوریت‌های پزشکی	۳ نفر	۴ و ۱۵ سال

جهت ارتقاء خدمات ابتدا باید مشخص نمود که مفهوم و حیطه خدمات از نقطه نظر ارائه کننده خدمت چیست. به عبارتی پرسنل فوریت‌های پزشکی معتقد هستند تا چه حدی در امر پیشگیری و مراقبت از مصدومین و فوریت‌ها دخالت نمایند و بر این اساس چه چالش‌ها و راهکارهایی در زمینه ارائه و ارتقاء این خدمات وجود دارد.

موضوع ۱: مفهوم خدمات پیشگیری و مراقبتی در اورژانس پیش بیمارستانی

خیلی از مصاحبه‌شوندگان خدمات پیشگیری را به صورت پیشگیری از آسیب بیش‌تر به بیمار پس از وقوع حادثه تعریف نمودند و معتقد بودند پیشگیری ثانویه به عنوان وظیفه اصلی آن‌ها می‌باشد و دخالت در امر پیشگیری اولیه (پیشگیری از وقوع حادثه) بیش‌تر مربوط به مردم و سایر سازمان‌ها مانند صدا و سیما می‌شود که با عموم مردم سر و کار دارند "پیشگیری ما در حد برخورد با حادثه است و ما نمی‌توانیم برای پیشگیری از حادثه کاری انجام دهیم". (EMT₃). هر چند این افراد اذعان داشتند که آن‌ها به صورت ناخودآگاه در حین خدمت آموزش‌هایی را به بیماران و اطرافیان آن‌ها در مورد پیشگیری از حوادث و فوریت‌ها می‌دهند: "در مورد پیشگیری در محیط کار، تکنسین‌ها دانسته یا ندانسته وقتی در صحنه حادثه یا فوریت هستند، موارد پیشگیری را آموزش می‌دهند که بستگی به حال بیمار یا مصدوم دارد" (EMT₁₅) انجام توأم خدمات پیشگیری و مراقبتی

از جمله نکاتی بود که اکثریت پرسنل فوریت‌ها به آن اشاره داشتند. یافته‌های مطالعه نشان داد که برنامه جامع و سازماندهی شده برای آموزش به بیمار و اطرافیان جهت پیشگیری اولیه وجود ندارد. در مقابل اورژانس پیش بیمارستانی در زمینه خدمات پیشگیری ثانویه اقدامات برنامه‌ریزی شده‌ای جهت آموزش اقشار مختلف مردم در زمینه برخورد با فرد مصدوم یا حادثه دیده انجام داده است که از جمله آن‌ها می‌توان به طرح بها اشاره نمود که با عقد تفاهم نامه با سازمان‌های مختلف به آموزش گروه‌های هدف در زمینه کمک‌های اولیه پرداخته و نتایج مثبتی به همراه داشته است.

زیر موضوع ۲: مفهوم خدمات مراقبتی و محدوده وظایف اورژانس پیش بیمارستانی

در این قسمت مصاحبه‌شوندگان به بیان مفهوم خدمات مراقبتی در اورژانس پیش بیمارستانی و اقداماتی که جزء شرح وظایف آن‌ها است، اشاره نمودند. "خدمات مراقبتی کلیه اقداماتی که باید در صحنه و یا بر بالین بیمار انجام شود. از بیمار قلبی گرفته تا مثلاً تجویز یک قرص زیرزبانی تجویز سرم یا رگ گرفتن یا دادن اکسیژن و سایر خدمات. در بحث حوادث هم فیکس کردن اندام‌های بیمار برای جلوگیری از بیش‌تر شدن آسیب‌های نخاعی و پایش کردن وضعیت بیمار یا مصدوم تا بیمارستان و تحویل دادن بیمار با علائم حیاتی پایدار". (EMT₄). اکثر مصاحبه‌شوندگان در گفته‌های خود به انجام خدمات مراقبتی برحسب نیاز بیمار یا مصدوم و نیز پایدار نمودن علائم حیاتی بیمار و انتقال بیمار به بیمارستان اشاره می‌نمودند.

موضوع ۲: چالش‌های ارائه خدمات مطلوب در پایگاه‌ها زیر موضوع ۱: مسائل سازمانی

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد برخی از چالش‌ها در اورژانس پیش بیمارستانی، چالش‌هایی است که در درون سازمان وجود دارد که در زیر در مورد آن‌ها توضیح داده می‌شود:

۱) مستقل نبودن اورژانس و تعدد فرماندهی: مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی در ایران به صورت متمرکز زیر نظر وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی است. این مرکز در سطح هر استان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی و زیر نظر معاونت درمان فعالیت می‌نماید. هم‌چنین در شهرستان‌های استان گلستان، زیر نظر شبکه‌های بهداشت و درمان می‌باشند. اکثر مصاحبه‌شوندگان اعتقاد داشتند که بیش‌تر مشکلات آن‌ها مربوط به مستقل نبودن اورژانس به عنوان یک سازمان مجزا، نبود متولی مشخص و نیز تعدد مراکز فرماندهی است. "اورژانس مانند ایالتی است که صاحبش معلوم نیست. نه بخش درمان به آن توجه چندانی می‌کند و نه بخش بهداشت و پشتیبانی. ما نمی‌دانیم به کجا تعلق داریم. اگر متولی اورژانس مشخص باشد خیلی بهتر می‌شود. یک زمانی صحبت این بود که زیر نظر استانداری باشد یا سازمان شود، بلا تکلیف هستیم" (EMT₉). مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند تعدد مراکز تصمیم‌گیر و مستقل نبودن اورژانس منجر به فرآیند طولانی اداری جهت اختصاص بودجه یا تعمیر وسایل و تجهیزات می‌شود: "چون بخش جدایی‌ناپذیر و زیر نظر شبکه بهداشت هستیم، برای مسائل باید بیهوده وارد چرخه اداری شویم" (EMT₄). چارت سازمانی و قوانین و مقررات اداری نامناسب: اکثریت مصاحبه‌شوندگان، نبودن قوانین اداری مکتوب و مدون در

ارتباط با انتقال بیماران، مشخص نبودن حیطه کاری پرسنل اورژانس از نظر تجویز دارو و نیز عدم سطح‌بندی پرسنل و کمبود ردیف سازمانی را از دیگر چالش‌های ارائه خدمات مطلوب می‌دانستند. به گفته آن‌ها، نبودن قوانین مدون در زمینه اعزام آمبولانس و انتقال بیماران از سویی و نداشتن حق تجویز دارو توسط پرسنل فوریت‌ها و عدم حضور پزشک بر بالین بیماران از سویی دیگر، موجب انتقال اکثر بیماران اعم از اورژانسی و غیراورژانسی می‌شود که این امر موجب افزایش نارضایتی پرسنل بیمارستان، افزایش حجم کاری پرسنل اورژانس و از دست رفتن ماموities‌های مهم آنان می‌گردد. "چون ما تکنسین فوریت هستیم، نمی‌توانیم دارو تجویز کنیم و پزشک ۱۰۵۰ هم بیش‌تر دستور انتقال می‌دهد تا درمان در محل. قوانین اداری هم مانع دیگری است. بالای سر خیلی از بیماران می‌رویم و می‌بینیم نیازی به انتقال ندارد اما چون می‌دانیم که اگر او را انتقال ندهیم، این بیمار می‌تواند به دلیل عدم انتقال از ما شاکی شود، او را انتقال می‌دهیم" (EMT₁).

کمبود ردیف سازمانی و در نتیجه عدم توانایی سیستم در ماندگار نمودن پرسنلی که چند سال تجربه کسب نموده‌اند، عدم سطح‌بندی پرسنل و مشخص نبودن حیطه کاری هر یک از آن‌ها متناسب با رشته و سطح تحصیلات از جمله دیگر مشکلات بیان شده از سوی مصاحبه‌شوندگان بود. "محدوده کاری تکنسین

جدول شماره ۲: مفاهیم مربوط به دیدگاه پرسنل فوریت‌های پزشکی در ارتباط با خدمات پیشگیری و مراقبتی در اورژانس پیش بیمارستانی

موضوع‌ها (Themes)	زیرموضوع‌ها (Sub-Themes)	موارد (Items)
۱. مفهوم و محدوده خدمات پیشگیری و مراقبتی در اورژانس پیش بیمارستانی	مفهوم خدمات پیشگیری و محدوده وظایف اورژانس پیش بیمارستانی	۱) مفهوم خدمات پیشگیری در اورژانس: پیشگیری از آسیب بیش‌تر به بیمار (پیشگیری ثانویه) ۲) اقدامات اورژانس در زمینه خدمات پیشگیری اولیه
	مفهوم خدمات مراقبتی و محدوده وظایف اورژانس پیش بیمارستانی	۱) مفهوم خدمات مراقبتی در اورژانس: انجام خدمات و اقدامات درمانی متنوع به منظور پایداری نمودن علائم حیاتی بیمار و انتقال به بیمارستان ۲) وظایف اورژانس در زمینه خدمات مراقبتی
۲. چالش‌های ارائه خدمات مطلوب در پایگاه‌ها	مسائل سازمانی	۱) مستقل نبودن اورژانس و تعدد فرماندهی ۲) چارت سازمانی و قوانین و مقررات اداری نامناسب ۳) کمبود تجهیزات و نیروی انسانی، فرسودگی آمبولانس‌ها و چالش نامناسب امکانات ۴) ضعف در سیستم آموزشی ۵) عدم توجه به مسائل رفاهی، انگیزشی و پایش و ارزشیابی کارکنان
	مسائل فردی	۱) کافی نبودن مهارت و توانایی پرسنل در مدیریت حادثه
	مسائل برون سازمانی	۱) ضعف در آگاهی و دانش مردم ۲) همکاری و مشارکت ضعیف سایر سازمان‌ها

فوریت‌ها را مشخص کنند که چه داروهایی می‌توانم به عنوان تکنسین تجویز کنم. محدوده کاری ما در چارت مشخص نیست". (EMT₄). "اونی که مدرک علوم آزمایشگاهی داره با اونی که پرستاری گرفته و داره در اورژانس پیش بیمارستانی کار می‌کنه، هیچ تفاوتی با هم ندارند" (EMT₁₀). "نیروهایی که وارد سیستم می‌شوند، بعد از چند سال کار و کسب مهارت به دلیل نبود ردیف سازمانی از سیستم خارج می‌شوند. در صورت وجود ردیف سازمانی و آموزش به آن‌ها و کسب مهارت در سیستم باقی خواهند ماند." (EMT₁₅).

۳) کمبود تجهیزات و نیروی انسانی، فرسودگی آمبولانس‌ها و چینش نامناسب امکانات: یکی از مهم‌ترین مشکلات از نظر پرسنل اورژانس پیش بیمارستانی، کمبود امکانات و تجهیزات از جمله الکتروشوک، نوارقلب و پالس اکسی متر به ویژه در مسافت‌های طولانی، نامناسب بودن آمبولانس‌ها از نظر سرمایش و گرمایش، فرسودگی آمبولانس‌ها، عدم یکپارچگی در ناوگان آمبولانس‌ها، چینش نامناسب وسایل در آمبولانس‌ها، زمان بر بودن تعمیر آمبولانس‌ها، به روز نبودن امکانات، کیفیت پایین وسایل مصرفی، عدم وجود وسایل برش و رهاسازی و نیز وسایل لازم برای انتقال بیماران از طبقات بالایی ساختمان‌ها، نبود وسایل جایگزین برای تجهیزات معیوب، عدم توجه به نیاز پایگاه‌ها در خرید وسایل مصرفی است که مانع از ارائه خدمات مراقبتی مطلوب می‌گردد. "خلاء در زمینه تجهیزات خیلی زیاد است و این مورد نسبت به موارد دیگر در اولویت است" (EMT₆). "مهم‌ترین مساله فرسودگی آمبولانس‌ها است" (EMT₃). به اعتقاد اکثر مصاحبه‌شوندگان، کیفیت پایین وسایل مصرفی موجب تحمیل هزینه‌ای بالاتر از هزینه خریداری وسایل مصرفی باکیفیت می‌گردد. "چسب درجه سه برای ما خریداری می‌کنند، اما به دلیل کیفیت پایین هزینه‌ای معادل دو برابر چسب درجه یک خرج می‌کنیم" (EMT₄). "ما امکانات داریم اما چینش آن‌ها مناسب نیست. در پایگاه خود ما ۵ آمبولانس اسپرینتر

داریم، ولی هر کدام یک نوعه. تجهیزات کد پشتیبان ما به این آمبولانس‌ها نمی‌خورد. اگر یکپارچه سازی شود، این مشکلات را نخواهیم داشت" (EMT₁₆).

یکی از مصاحبه‌شوندگان دلیل کمبود بودجه و امکانات و تجهیزات را مربوط به دیدگاهی می‌داند که مسئولان نسبت به اورژانس دارند. به نظر او «بیش‌تر مشکل این هست که چون اورژانس پیش بیمارستانی واحدی است که مثل بیمارستان‌ها درآمد ندارد، مسئولین می‌گن هزینه بره و کم‌ترین توجه از نظر حقوق و مزایا و امکانات و بودجه و تجهیزات میشه" (EMT₄).

به نظر اکثر مصاحبه‌شوندگان یکی از بحث‌های کمبود نیرو، نبود پزشک در پایگاه‌ها جهت مشاوره است و دیگری کمبود نیرو در آمبولانس‌هاست. به طوری که به دلیل عدم استفاده از راننده در آمبولانس‌ها و جایگزینی پرستار یا تکنسین به جای راننده، عملاً در هنگام خدمت رسانی در عقب آمبولانس مشکل ایجاد می‌شود. "اگر راننده پرستار باشد، من از وجود او سودی نمی‌برم" (EMT₁₂). هم‌چنین مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند که به دلیل کمبود نیرو و زیاده‌بودن اعزام‌ها، گاهی نیاز به کار در دو شیفت پیاپی است که منجر به کاهش کارایی پرسنل می‌گردد.

۴) سیستم آموزشی ضعیف: در این قسمت اکثر مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند که سیستم آموزش فعلی ضعیف و غیر کاربردی است. عدم وجود بازخورد از کلاس‌های آموزشی و متمرکز بودن کلاس‌ها در مرکز استان از دیگر نقاط ضعفی است که مصاحبه‌شوندگان در این حیطه به آن پرداختند. "همه پرسنل اورژانس از نظر دانش و مهارت در یک سطح نیستند و طی جذبی که اخیراً انجام شد، یک عده از افراد با رشته غیرمرتبط داریم. ما خودمان هم نیاز به یادآوری داریم" (EMT₈). به نظر مصاحبه‌شوندگان به دلیل نبود پایش و نبود انگیزه در کارکنان، آموزش‌های کنونی از سوی کارکنان جدی گرفته نمی‌شود. "کلاس‌هایی که داریم خیلی جدی گرفته نمی‌شود. روش آموزش به تکنسین فوریت‌ها که در

حال حاضر از طرف ستاد در گرگان هست، درست نیست. امتحان نداریم و بهتر است به صورت کارگاهی برگزار شود و سنجیده شود که آیا یاد گرفته اند و به صورت کاربردی باشد" (EMT₁₂).

۵) عدم توجه به مسائل رفاهی، انگیزشی و پایش و ارزشیابی کارکنان: اکثر مصاحبه شوندگان به این مساله اشاره می نمودند که به مسائل رفاهی و نیز حقوق و مزایای آن ها از جمله اضافه کار و کارانه توجهی نمی شود و این امر موجب بی انگیزگی آن ها در کار می گردد "وقتی اضافه کار از اورژانس برداشته شد، باعث بی انگیزگی ما شد" (EMT₁₃). از سویی دیگر عدم توجه به مسائل روحی و روانی پرسنل نیز با توجه به شرایط دشوار کاری، از دیگر مشکلات مطرح شده در این زمینه بود. "اصلاً به نیازهای روانشناختی پرسنل توجه نشده. تو هر شهرستانی اصلاً شهرستان هم نه، تو در مرکز اورژانس باید به روانشناس خوب وجود داشته باشه که بیاد کار روان درمانی انجام بده" (EMT₁₀). "تسهیلاتی نداریم. در طول سال حداقل شده با هزینه خودمان یک اردویی مسافرتی بگذارند" (EMT₁₆).

سیستم ضعیف پایش و ارزشیابی از دیگر موارد مورد اشاره پرسنل فوریت های پزشکی بود "پزشکی که هر ماه پایگاه ها را پایش می کند، باید وقت بگذارد و از تکنسین ها بخواهد که به صورت رندوم اقداماتی که بر سر یک مورد انجام داده اند توضیح دهند تا مشخص شود آیا به درستی کار انجام می شود یا خیر. چون در حال حاضر هر کسی هر کاری که بخواهد انجام می دهد و برنامه خاصی برای اقدامات شان وجود ندارد" (EMT₇). "انگیزه های وجود ندارد. در این سیستم کسی که ۲۵ سال کرده است، واقعاً ضعیف عمل می کند، چون می گوید چه کارم را درست انجام دهم و چه نکنم فرقی نمی کند. پیشنهادم این است که برنامه هایی گذاشته شود و بین تکنسینی که کارش خوب است با دیگران تفاوتی قائل شوند" (EMT₂).

زیرموضوع ۲: مسائل فردی

کافی نبودن مهارت و توانایی پرسنل در مدیریت حادثه: طبق نظر اکثر مصاحبه شوندگان، برخی از موانع ارائه خدمات مطلوب در پایگاه ها مربوط به عدم برخورد حرفه ای کارکنان با حوادث، عدم مدیریت مسائل روحی روانی، فراموش کردن برخی از مهارت ها در حین کار به دلیل عدم تکرار مهارت ها برای کارکنان، نداشتن مهارت های کافی در کارکنان تازه وارد و استرس ناشی از آن می شود. "باید مسئولیت پذیر باشیم و به صورت حرفه ای در ماموریت ها برخورد کنیم و مسائل روحی روانی و خانوادگی خود را در ماموریت ها مدیریت کنیم که در خیلی از اوقات این طور نیست و باعث کاهش راندمان کاری تکنسین ها در ماموریت ها می گردد" (EMT₁). "از نظر دانش و مهارت به نظرم ضعیف هستیم. شاید در زمان فارغ التحصیلی بالا باشد، اما به مرور زمان از بین می رود" (EMT₁₄). "پرسنل بعد از یک سال از استخدام هم هنوز در صحنه حادثه استرس دارند" (EMT₄). "نیروها مهارت کافی ندارند" (EMT₁₅). "باید پوزیشن قرارگیری مصدوم، کاربرد سرم ها و خیلی از موارد دیگر به تکنسین ها آموزش داده شود" (EMT₇).

زیر موضوع ۳: مسائل برون سازمانی

بر اساس چارچوب مفهومی به دست آمده، برخی از موانع ارائه خدمات مطلوب مربوط به مسائل برون سازمانی می شود.

۱) آگاهی و دانش ضعیف مردم: اکثر مصاحبه شوندگان معتقد بودند که بخشی از مشکلات در ارائه خدمات پیشگیری و مراقبتی مربوط به مردم و مسائل مربوط به آن ها می شود. آن ها معتقد بودند مشکلاتی هم چون وجود مزاحمت های تلفنی از سوی مردم، جابجایی نادرست مصدوم در زمان حادثه، برخورد نامناسب با پرسنل اورژانس، تماس غیر ضروری به دلیل عدم اطلاع از وظایف اورژانس پیش بیمارستانی، نگاه مردم به اورژانس به عنوان وسیله انتقال به بیمارستان،

بحث

براساس یافته‌های مطالعه، در بحث خدمات پیشگیری از حوادث و فوریت‌ها، پرسنل فوریت‌های پزشکی ارائه خدمات پیشگیری ثانویه را جزء وظایف اصلی خود می‌دانستند که در این زمینه اقدامات برنامه‌ریزی شده‌ای جهت آموزش اقشار مختلف جامعه در زمینه برخورد با فرد مصدوم یا حادثه‌دیده در اورژانس وجود دارد و اکثریت آن‌ها، معتقد به ادامه این برنامه‌ها بودند. بنابراین تمرکز بر این برنامه‌ها جهت ارتقاء خدمات و کاهش آسیب ناشی از حوادث لازم و ضروری می‌باشد. در زمینه پیشگیری اولیه به معنای پیشگیری از وقوع حادثه یا فوریت، علی‌رغم آموزش مسائل پیشگیری به صورت ناخودآگاه در حین انجام وظیفه، برنامه جامع و سازمان‌دهی شده برای آموزش به بیمار و اطرافیان بیماران جهت پیشگیری اولیه در اورژانس پیش‌بیمارستانی وجود ندارد. بر اساس نظر پرسنل فوریت‌های پزشکی در این مطالعه، دلیل این امر آن است که ۱- پیشگیری اولیه جزء وظایف اورژانس نیست و جزء وظایف سایر سازمان‌ها است؛ ۲- برای ارائه خدمات پیشگیری اولیه نیاز به دانش و مهارت در پرسنل اورژانس، بودجه و امکانات است؛ ۳- ماهیت کار اورژانس امکان ارائه خدمات پیشگیری اولیه را نمی‌دهد و ممکن است باعث ایجاد اختلال در وظیفه اصلی آن‌ها یعنی ارائه خدمات مراقبتی گردد. این یافته با یافته‌های دو مطالعه‌ای که در آمریکا (۲۵۸) انجام شده بود، همخوانی ندارد. در این دو مطالعه، بیش‌تر افراد تحت مطالعه (به ترتیب ۸۲/۷ درصد و ۷۰ درصد) معتقد به مشارکت متخصصان اورژانس در زمینه برنامه‌های پیشگیری از آسیب و بیماری بودند. در مطالعه Lerner ۳۰ درصد از افراد موافق با مشارکت در برنامه‌های پیشگیری، با انجام این برنامه‌ها در حین انجام وظیفه مخالف بودند که دلایل مورد اشاره توسط آن‌ها، مشابه دلایلی بود که مصاحبه شوندگان در مطالعه ما به آن‌ها اشاره نموده بودند (۲۵). مصاحبه شوندگان در مطالعه ما، معتقد بودند در صورتی که پرسنل اورژانس پیش

نبود فرهنگ رانندگی در بین مردم، عدم آگاهی از نحوه برخورد با حادثه‌دیده و کمک‌های اولیه، عدم اعتماد به پرسنل اورژانس و مرکز پیام، عدم توجه به دستورات تکسین فوریت‌ها و عدم رعایت مسائل ایمنی وجود دارد. "خیلی از مزاحمت‌های تلفنی وجود دارد" (EMT₁). "مردم با شرح وظیفه ما آشنایی ندارند و باید در این زمینه کار شود. فقط این تصور را دارند که آمبولانس‌ها فقط باید بیمار را به بیمارستان ببرند" (EMT₅). این مصاحبه شونده هم چنین معتقد است: "یک سری آموزش به مردم باید داده شود که مصدوم را جابجا نکنند. خدمات خیلی زیادی ایجاد می‌شود. چون اطلاع ندارند و تا زمان رسیدن آمبولانس صبر نمی‌کنند و حتی ما ظرف ۳ تا ۴ دقیقه به سر صحنه رسیده ایم، اما مردم با ما برخوردهای نامناسبی دارند".

یکی دیگر از مسائل از نظر مصاحبه شوندگان، عدم رعایت مسائل ایمنی از سوی مردم است که باعث افزایش سوانح و حوادث می‌شود: "یکی از موانع، خود بیمار یا همراهان او هستند که اصلاً به این مسائل ایمنی توجه نمی‌کنند" (EMT₆).

۲) همکاری و مشارکت سایر سازمان‌ها: بر اساس نظر پرسنل فوریت‌ها، یکی از مشکلات مهم در ارتباط با مسائل برون سازمانی، مربوط به سایر سازمان‌ها می‌شود. این مشکلات عبارتند از: عدم همکاری مناسب پرسنل بیمارستان، عدم اطلاع رسانی در مورد وظایف اورژانس از طریق رسانه‌ها، عدم اطلاع سایر سازمان‌ها از اورژانس، عدم هماهنگی و همکاری سایر ارگان‌ها مانند پلیس و راهنمایی و رانندگی در تصادفات جهت ارائه خدمات بهتر از سوی اورژانس. "پرسنل بیمارستان همکاری خوبی با ما ندارند. با نهایت سرعت و دقت کار را انجام می‌دهیم و بیمار را با علایم حیاتی پایدار می‌رسانیم، اما متأسفانه به علت اهمال و سستی در بیمارستان، جان خود را از دست می‌دهد" (EMT₁). "سایر ارگان‌ها و سازمان‌ها هم باید به ما کمک کنند، مثلاً در تصادفات، پلیس باید راه را آزاد کند، اما این کار را انجام نمی‌دهد" (EMT₅).

بیمارستانی بخواهند خدمات پیشگیری اولیه نیز ارائه نمایند، اولاً باید آموزش ببینند و با در اختیار قرار دادن بودجه، امکانات، نیروی انسانی و نیز به کارگیری تیم ویژه‌ای برای ارائه خدمات پیشگیری اولیه، این کار را انجام دهند و گرنه وظیفه اصلی آن‌ها یعنی ارائه خدمات مراقبتی در حوادث و فوریت‌های پزشکی دچار نقصان خواهد شد.

براساس یافته‌های مطالعه حاضر، سه گروه از عوامل به عنوان چالش و یا تسهیل کننده در ارائه خدمات مطلوب در پایگاه‌های اورژانس پیش بیمارستانی در استان می‌باشند که عبارتند از (۱) مسائل سازمانی، (۲) مسائل فردی و (۳) مسائل برون سازمانی، که با یافته‌های مطالعه کیفی حق پرست بیدگلی و همکارانش مطابقت دارد. آن‌ها از جمله مسائل مهم را دید هزینه‌ای مدیریت به اورژانس، قوانین و مقررات دست و پاگیر در زمینه ارائه خدمات توسط پرسنل، منابع مالی ناکافی، مدیریت نامناسب و مشوق‌های مالی ناکافی برای پرسنل و کمبود پروتکل‌ها و نامناسب بودن آموزش به پرسنل، کمبود و توزیع نامناسب تجهیزات، هماهنگی نامناسب میان سازمان‌ها، و فرهنگ و آگاهی پایین مردم در ارتباط با برخورد با موارد فوریت می‌دانستند (۱۶). هم‌چنین یافته‌های مطالعه با برخی از یافته‌های مطالعه کیفی صابری نیا و همکارانش (۲۶) هم‌چون فقدان امنیت شغلی، نظام انگیزشی نامناسب، مشکلات آموزشی، سیستم پاداش‌دهی نامناسب، عدم تعریف پست سازمانی، هماهنگی نامناسب برون سازمانی و نیز آگاهی پایین مردم همخوانی دارد.

مستقل نبودن اورژانس به عنوان یک سازمان مجزا و تعدد فرماندهی از مهم‌ترین یافته‌های مطالعه حاضر می‌باشد که از نظر پرسنل فوریت‌ها بر عملکرد اورژانس تاثیر نامطلوبی دارد. این یافته با یافته‌های مطالعه بهادری و روانگرد (۲۷) و حق پرست بیگدلی و همکاران (۱۶) مطابقت دارد. بهادری و روانگرد به این نتیجه دست یافتند که ایجاد سازمان مستقل اورژانس و ادغام اورژانس پیش بیمارستانی و بیمارستانی تحت مدیریت و نظارت واحد برای اصلاحات اساسی در ارائه خدمات و

ارتقاء سیستم اورژانس پیش بیمارستانی در کشور ضروری می‌باشد (۲۷). براساس مطالعه حق پرست بیگدلی و همکاران (۱۶) یکی از مهم‌ترین مشکلات در EMS، ساختار سازمانی نامناسب شناخته شده است (۱۶). یکی از دلایل موفقیت کشورها در ارائه خدمات با کیفیت در اورژانس پیش بیمارستانی، ایجاد سازمان مستقل اورژانس پیش بیمارستانی است به طوری که همه ارائه‌دهندگان خدمات اعم از خصوصی، دولتی و داوطلبانه تحت نظارت آن کار می‌کنند. این امر از همپوشانی وظایف جلوگیری کرده و منجر به در پیش گرفتن سیاست‌های یکسان می‌شود (۲۷). یکی از یافته‌های مهم مطالعه حاضر، عدم وجود قوانین و مقررات واضح و شفاف در ارتباط با انتقال بیماران و در نتیجه دستور انتقال اکثر بیماران اعم از اورژانسی و غیراورژانسی به مراکز درمانی و بیمارستان‌ها توسط پزشک حاضر در مرکز پیام می‌باشد. در مطالعه ابراهیمیان و همکاران (۲۸) یکی از عوامل مهم در تصمیم‌گیری برای انتقال بیماران توسط پرسنل اورژانس پیش بیمارستانی دستور پزشک و دیگری نبود حمایت سیستم از لحاظ قانونی، سازمانی، حرفه‌ای، مدیریتی و مالی و نیز بیمه مسئولیت است که با یافته‌های مطالعه ما نیز همخوانی دارد. براساس یافته‌های مطالعه آن‌ها، حدود ۲۸/۹ درصد بیماران اعزام شده به بیمارستان‌ها نیازی به اعزام نداشته‌اند و وخامت حال ۲۰/۹۶ درصد بیماران نیز در حدی نبوده که نیاز به اعزام فوری به بیمارستان داشته باشند. بر اساس یافته‌های موجود، یکی از چالش‌های مهم، کمبود تجهیزات و نیروی انسانی و نیز فرسودگی آمبولانس‌ها و چینش نامناسب امکانات است که مانع از ارائه خدمات باکیفیت مراقبتی می‌گردد. نتایج مطالعه حاضر با مطالعه‌ای که در گیلان (۲۹) در مورد مقایسه تجهیزات آمبولانس‌های جاده‌ای گیلان بر اساس استانداردهای ملی انجام شد، همخوانی دارد. آن‌ها در مطالعه خود به این نتیجه دست یافتند که تجهیزات آمبولانس‌های استان گیلان فاصله زیادی با استانداردها دارند. مطالعه‌ای در تهران (۱۲) نیز

نشان داد که جهت ارائه خدمات پیشرفته تر، نیاز به ارتقاء تجهیزات و نیروی انسانی می باشد. مطالعه ای در پاکستان (۳۰) نشان داد کمبود تجهیزات پزشکی، ارتباطات و مکانیسم های تریاژ توسعه نیافته و عدم دسترسی به پرسنل آموزش دیده، از مهم ترین مشکلات اورژانس پیش بیمارستانی در راه های بین شهری در پاکستان است. به دلیل ماهیت خاص اورژانس، تجهیزات و نیروی انسانی فاکتور بسیار مهمی در اثربخشی و کارایی اورژانس می باشد (۲۹). Cottrell و همکارانش با انجام مطالعه ای در مورد مفهوم ایمنی کودکان در اورژانس پیش بیمارستانی و چالش های موجود در این زمینه دریافتند که از جمله عوامل مهم در سطح سیستم چالش هایی مانند کمبود تجهیزات مناسب برای کودکان، کمبود نیروی انسانی و کمبود آموزش و از جمله فاکتورهای مربوط به تیم اورژانس، چالش در زمینه ارتباط با سایر اعضای تیم بود. عوامل مربوط به سطح ارائه دهنده خدمت نیز شامل استرس، تجربه و آموزش ناکافی در مورد کودکان و خطا در ارزیابی و تصمیم گیری می باشد (۳۱).

آموزش پرسنل، حقوق و مزایا، توجه به مسائل روحی کارکنان و نیز ارزشیابی عملکرد کارکنان از مهم ترین وظایف مدیریت منابع انسانی است که سیستم اورژانس پیش بیمارستانی در این قسمت با چالش های متعددی روبروست. این یافته با یافته های مطالعه صابری نیا و همکارانش (۲۶)، حق پرست بیگدلی و همکارانش (۱۶) و عابد سعید و همکاران (۳۲) همخوانی دارد. این پژوهشگران به این نتیجه دست یافتند که نیاز است به مواردی چون عدالت در پرداخت، بهبود نظام ارزشیابی، بهبود اطلاع رسانی، آموزش ضمن خدمت، کار تیمی و توسعه سایر اقدامات توانمندسازی توجه شود. به علت نبود سیستم ارزشیابی برای کارکنان اورژانس پیش بیمارستانی و نیز عدم سطح بندی کارکنان در اورژانس پیش بیمارستانی ایران، ارتقا در سیستم اورژانس پیش بیمارستانی از نظر سطح کاری در حال حاضر غیر ممکن است (۲۶) و این موجب بی انگیزگی در کار می گردد.

در مطالعه حاضر پرسنل فوریت های پزشکی معتقد بودند که دید و نگرش مسئولان به اورژانس پیش بیمارستانی از لحاظ درآمد و هزینه، باعث کم توجهی به برخی از جنبه ها از جمله رسیدگی به امور رفاهی پرسنل و ارتقاء تجهیزات می باشد که حق پرست بیگدلی و همکارانش (۱۶) نیز در مطالعه خود به این امر اشاره نموده اند. از نظر پرسنل فوریت ها مسائلی هم چون عدم برخورد حرفه ای کارکنان با حوادث، عدم مدیریت مسائل روحی روانی، فراموش کردن برخی از مهارت ها در حین کار به دلیل عدم تکرار مهارت ها برای کارکنان، استرس ناشی از کار و نبود مهارت های کافی در پرسنل از جمله مسائل مربوط به کارکنان است که جذب افراد با رشته های غیرمرتبط، عدم توجه به مبحث آمادگی روحی روانی افراد برای فعالیت در اورژانس در هنگام استخدام و برخی خلاءها در امر آموزش چه در دوران تحصیل و چه در هنگام اشتغال به کار از دلایل ایجاد این امر از دیدگاه پرسنل اورژانس می باشد. در مطالعه ای که توسط علی محمدی و همکاران (۱۴) انجام شد به این نتیجه دست یافتند که پرسنل اورژانس پیش بیمارستانی در تشخیص و اقدام برای اکسیژن رسانی و خروج جسم خارجی ضعف دارند که آموزش مداوم آن ها می تواند تا حدودی معایب موجود را در برخورد با بیماران ترومایی کاهش دهد.

حق پرست بیگدلی و همکاران (۱۶) در مبحث شایستگی ها و مهارت های پرسنل به مهارت ناکافی پرسنل به دلیل آموزش های غیر کاربردی و جذب افراد با رشته های غیرمرتبط اشاره نمودند. هم چنین سیدجوادی و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که استرس شغلی در کارکنان پایگاه های اورژانس پیش بیمارستانی در استان اردبیل (۳۳) وجود دارد که با یافته های مطالعه ما نیز همخوانی دارد. کارکنان پایگاه های اورژانس پیش بیمارستانی اغلب با موقعیت های شدیداً پراسترس و چالش برانگیز مواجه هستند که در اغلب موارد بسیاری از این موقعیت ها منجر به فشارهای روانی برای پرسنل اورژانس

می‌گردد. مرادی و همکاران (۳۴) نیز در مطالعه خود به این نتیجه دست یافتند که پرسنل عملیاتی اورژانس پیش بیمارستانی شهر اصفهان به مقدار زیادی احساس عدم کفایت شخصی می‌نمایند و در معرض خطر بالقوه‌ی سندرم فرسودگی شغلی می‌باشند. آن‌ها معتقدند که عواملی هم‌چون بار کاری زیاد، ابهام در نقش و شرح وظایف کارکنان، عدم امنیت شغلی، حمایت ضعیف مدیران از کارکنان، فرصت‌های کم برای ارتقاء و احساس عدم پیشرفت منجر به بروز فرسودگی شغلی در پرسنل فوریت‌ها می‌شود. یکی دیگر از یافته‌های مطالعه، عدم آگاهی مردم و نیز همکاری و مشارکت ضعیف سایر سازمان‌ها از جمله پلیس و راهنمایی و رانندگی در مورد اورژانس پیش بیمارستانی می‌باشد که با یافته‌های مطالعه حق‌پرست بیگدلی و همکاران (۱۶)، صابری نیا و همکاران (۲۶) و خراسانی زواره و همکاران (۳۵) همخوانی دارد. خراسانی زواره و همکاران به این نتیجه دست یافتند که دخالت افراد غیر متخصص در سوانح، فقدان هماهنگی و تشریک مساعی میان سازمان‌ها از جمله موانع مهم در ارائه خدمات در سوانح ترافیکی است (۳۵). با توجه به نتایج حاصل از پژوهش، ایجاد سازمان مستقل اورژانس از نظر اداری و پشتیبانی، اصلاح ساختار سازمانی و ایجاد ردیف سازمانی، اصلاح قوانین و مقررات اداری در ارتباط با محدوده خدمات قابل ارائه توسط پرسنل فوریت‌ها و قوانین واضح و شفاف در ارتباط با انتقال بیماران، بازنگری در برنامه‌های آموزشی، به کارگیری پزشک و ماما در پایگاه‌ها، اصلاح نظام پایش و ارزشیابی کارکنان، توجه به امکانات رفاهی پرسنل و به کارگیری روان درمانگر به منظور ارائه مشاوره روانی به پرسنل از مهم ترین اقدامات جهت اصلاح سیستم اورژانس و به تبع آن ارائه خدمات مطلوب پیشگیری و مراقبتی می‌باشد. هم چنین در سطح جامعه مسئولان باید نسبت به آموزش به مردم در زمینه اقدامات لازم در برخورد با حادثه دیده و آگاه نمودن مردم در ارتباط با اورژانس پیش بیمارستانی و

وظایف آن اقدام نمایند. همکاری و مشارکت سایر سازمان‌ها در جهت ارتقاء خدمات اورژانس پیش بیمارستانی در سطح جامعه از دیگر اقدامات لازم در سطح برون سازمانی می‌باشد. به طور کلی این مطالعه، با بررسی دیدگاه پرسنل فوریت‌های پزشکی به عنوان صاحبان اصلی فرآیند اورژانس پیش بیمارستانی، توانست چالش‌هایی را که آن‌ها در حین انجام وظایف خود چه در سازمان و چه در بیرون سازمان خود درک نموده‌اند، تبیین نموده و به برنامه ریزان اصلی رهنمودهایی در جهت ارتقاء خدمات ارائه نماید. از سویی دیگر یکی از نکات قابل تامل در این مطالعه، تبیین مفهوم خدمات پیشگیری و مراقبتی از نگاه پرسنل فوریت‌های پزشکی بود که با واکاوی دیدگاه آن‌ها، بازتعریفی از وظایف اورژانس پیش بیمارستانی در حیطه خدمات پیشگیری و نیز مراقبتی ارائه نمود و مشخص نمود که اگر بخواهیم نظام یکپارچه خدمات پیشگیری و مراقبتی را همگام با سیاست‌های سازمان جهانی بهداشت، پایه گذاری نماییم، باید به توسعه خدمات مراقبتی در حوزه اورژانس پیش بیمارستانی بپردازیم و ارائه خدمات پیشگیری اولیه در اورژانس پیش بیمارستانی، نیازمند نیرو و امکانات کافی در این زمینه می‌باشد که با توجه به شرایط موجود بهتر است سازمان‌های دیگر در این امر درگیر شوند. از نقاط ضعف مطالعه حاضر عدم بررسی دیدگاه مدیران و مسئولان اورژانس می‌باشد که پیشنهاد می‌گردد مطالعه‌ای نیز با همین عنوان در مورد تبیین دیدگاه مسئولان انجام گیرد.

سپاسگزاری

این پژوهش بخشی از پروژه "طراحی نظام یکپارچه خدمات پیشگیری و فوریت‌های پزشکی در سطوح مختلف نظام سلامت" می‌باشد. پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های

سلامت و توسعه اجتماعی به جهت تصویب این طرح با شماره ۹۰۱۲۲۳۰۲۸۵ و از تمامی افراد شرکت کننده در این مطالعه صمیمانه تقدیر و تشکر نمایند.

پزشکی معاونت درمان وزارت بهداشت به جهت حمایت مالی و معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی گلستان و مرکز تحقیقات مدیریت

References

1. Sasser S, Varghese M, Kellermann A, Lormand JD. Prehospital trauma care systems. Geneva, World Health Organization; 2005, p:5.
2. Safe community guidance, moghisi A, and Ajhang N. 1th ed. Tehran: Andishmand; Winter; 2008. p. 8-9 (Persian).
3. Dean JM, Vernon DD, Cook L, Nechodom P, Reading J, Suruda A. Probabilistic linkage of computerized ambulance and inpatient hospital discharge records: a potential tool for evaluation of emergency medical services. *Ann Emerg Med* 2001; 37(6): 616-626.
4. Kobusingye OC, Hyder AA, Bishai D, Hicks ER, Mock C, Joshipura M. Emergency medical systems in low- and middle-income countries: recommendations for action. *Bull World Health Organ*. 2005; 83(8): 626-631.
5. Anderson PD, Suter RE, Mulligan T, Bodiwala G, Razzak JA, Mock C. World Health Assembly Resolution 60.22 and its importance as a health care policy tool for improving emergency care access and availability globally. *Ann Emerg Med* 2012; 60(1): 35-44.e3.
6. Hsia RY, Thind A, Zakariah A, Hicks ER, Mock C. Prehospital and Emergency Care: Updates from the Disease Control Priorities, Version 3. *World J Surg* 2015. (Epub ahead of print).
7. Arreola-Risa C, Mock CN, Lojero-Wheatly L, de la Cruz O, Garcia C, Canavati-Ayub F, et al. Low-cost improvements in prehospital trauma care in a Latin American city. *J Trauma*. 2000 Jan; 48(1):119-124.
8. Jaslow D, Ufberg J, Marsh R. Primary injury prevention in an urban EMS system. *J Emerg Med* 2003; 25(2):167-170.
9. Siddiqui AA, Zafar H, Bashir SH. An audit of head trauma care and mortality. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2004; 14(3): 173-177.
10. Dykstra EH. International models for the practice of emergency care. *Am J Emerg Med* 1997; 15(2): 208-209.
11. Hunyadi-Anticevic S. EMS system in Croatia. *Resuscitation* 2006; 68(2): 185-191.
12. Modagheh MH, Roudsari BS, Sajadehchi A. Prehospital trauma care in Tehran: potential areas for improvement. *Prehosp Emerg Care* 2002; 6(2): 218-223.
13. Nasiripur AA, Bahadori MK, Tofighi Sh, Gohari MR. Prehospital emergency performance in Iran View of comprehensive coverage plan. *IJCCN* 2010; 2(4): 3-4 (Persian).
14. Alimohammadi H, Monfaredi B, Amini A, Derakhshanfar H, Hatamabadi H, Bidari Zerehpoush F. Fitness of function and education of pre-hospital emergency technicians in dealing with trauma patients. *Bimonthly Educ Strateg Med Sci* 2013; 6(1): 55-59.
15. Panahi F, Khatami M, Azizabadi Farahani M, Khoddami Vishteh H, Assari S. Time Indices of Pediatric Prehospital Emergency Care in Tehran, 2006. *RJMS* 2008; 15(58): 69-80 (Persian).
16. Haghparast-Bidgoli H, Hasselberg M, Khankeh H, Khorasani-Zavareh D, Johansson E. Barriers and facilitators to provide effective

-
- pre-hospital trauma care for road traffic injury victims in Iran: a grounded theory approach. *BMC Emerg Med* 2010; 10: 20.
17. Al-Shaqsi S. Models of International Emergency Medical Service (EMS) Systems. *Oman Med J* 2010; 25(4): 320-323.
18. Van Rooyen MJ, Thomas TL, Clem KJ. International emergency medical services: assessment of developing prehospital systems abroad. *J Emerg Med* 1999; 17(4): 691-696.
19. Hatamabadi HR, Vafae R, Haddadi M, Abdalvand A, Soori H. Necessity of an integrated road traffic injuries surveillance system: a community-based study. *Traffic Inj Prev* 2011; 12(4): 358-362.
20. Nikpeyma N, Abed Saeedi Zh, Azargashb E, Alavi Majd H. Framework approach: a method for analysis of qualitative data. *Payesh* 2014; 13(1): 41-50 (Persian).
21. Gale NK, Heath G, Cameron E, Rashid S, Redwood S. Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. *BMC Med Res Methodol* 2013; 13: 117.
22. Lacey A, Luff D. Qualitative Data Analysis. The NIHR RDS for the East Midlands/ Yorkshire & the Humber, 2007: 13-17.
23. Tabatabaee A, Hasani P, Mortazavi H, Tabatabaeechehr M. Strategies of enhance rigour in qualitative research. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences* 2013; 5(3): 663-670 (Persian).
24. Rashidian A, Eccles M, Russell I. Falling on stony ground? A qualitative study of implementation of clinical guidelines' prescribing recommendations in primary care. *Health Policy* 2008; 85(2): 148-161.
25. Lerner EB, Fernandez AR, shah MN. Do emergency medical services professionals think they should participate in disease prevention? *Prehosp Emerg Care* 2009; 13(1): 64-70.
26. Saberi Nia A, Nekouei Moghadam M, Mahmoudi Meymand F. Identify Stressful Factors Causing Dissatisfaction In Pre-Hospital Emergency Personnel In Kerman. *Payavard* 2013; 6(6): 489-497 (Persian).
27. Bahadori M, Ravangard R. Determining and Prioritizing the Organizational Determinants of Emergency Medical Services (EMS) in Iran. *Iran Red Crescent Med J* 2013; 15(4): 307-311.
28. Ebrahimian A, Khalesi N, Mohamadi G, Tordeh M, Naghipour M. Transportation Management in Pre-hospital Emergency whit Physiological Early Warning Scores. *Journal of Health Administration* 2012; 15(49): 7-13 (Persian).
29. Vatankehah S, Kazamneghad E, Pourshaikhian M. A comparative study of road ambulances equipment based on the national standards in Guilan province. *International Journal of Health System and Disaster Management* 2013; 1(1): 2-6.
30. Bhatti JA, Waseem H, Razzak JA, Shiekh NU, Khoso AK, Salmi LR. Availability and quality of prehospital care on pakistani interurban roads. *Ann Adv Automot Med* 2013; 57: 257-264.
31. Cottrell EK, O'Brien K, Curry M, Meckler GD, Engle PP, Jui J, Summers C, et al. Understanding safety in prehospital emergency medical services for children. *Prehosp Emerg Care* 2014; 18(3): 350-358.
32. Abedsaeidi Zh, mozaffari M, pazargadi M, alavimajd H. Status of Employee Empowerment in EMS Providers in Iran. *Journal of Ilam University of Medical Sciences* 2010; 18(2): 44-54 (Persian).
-

33. Seyedjavadi M, Samadi N, Mohammadi R, Osmani A, Bakhtiari Kohsareh F, Seyedjavadi M. Assessment of Stress in Medical Emergency Staff in Ardabil Province, Iran. Qom University of Medical Sciences Journal 2014; 7(6): 41-45 (Persian).
34. Moradi Z, Eslami AA, Hasanzadeh A. Job Burnout Status among Pre-Hospital Emergency Technicians. Iranian Journal of Emergency Medicine 2015; 2(1): 1-5 (Persian).
35. Khorasani-Zavareh D, Khankeh HR, Mohammadi R, Laflamme L, Bikmoradi A, Haglund BJ. Post-crash management of road traffic injury victims in Iran. Stakeholders' views on current barriers and potential facilitators. BMC Emerg Med 2009; 9: 8.